Lane Medical Library

DE

EMPHYSEMATE PULMONUM VESICULARI.

DISSERTATIO

INAUGURALIS MEDICA

QUAM

CONSENSU ET AUCTORITATE

GRATIOSI MEDICORUM ORDINIS

IN

ALMA LITTERARUM UNIVERSITATE

FRIDERICA GUILELMA

UT SUMMI

IN MEDICINA ET CHIRURGIA HONORES

RITE SIBI CONCEDANTUR

DIE X. M. JULII A. MDCCCLV.

H. L. Q. S.

PUBLICE DEFENDET

AUCTOR

JACOBUS OHM

BORUSSUS.

OPPONENTIBUS:

M. LEX, med. et chir. Cand.

C. VAJEN, med. et chir. Cand.

C. SPEIT, pharm. Stud.

BEROLINI,

TYPIS B. SCHLESINGER.

PATRI

OPTIMO, DILECTISSIMO,

AD CINERES COLENDO

HASCE

STUDIORUM PRIMITIAS

PIO GRATOQUE ANIMO

D. D. D.

AUCTOR.

Morbus quidam pulmonum, quem Laennec emphysema pulmonum vocat, alio nomine rectius designandus videtur, quum illud nomen multos errores secum ferre possit. Emphysema enim omnis est infusio aeris in telam cellulosam, quo induci possumus, ut in explicando emphysemate pulmonum infusionem quandam aeris in telam cellulosam pulmonum intelligamus. Quam infiltrationem vulneribus pectoris penetrantibus vel ruptura vesicularum pulmonum fieri videmus, qui quidem status morbosus nominatur emphysema interlobulare. Tantum autem abest, ut emphysema illud pulmonum semper cum emphysemate interbotulari complicatum sit, ut utrumque morbi genus raro inter se junctum inveniamus. Nomen igitur dilatationis vesicularum pulmonalium aptius putamus, qua notione ipsum statum morbosum, quem describere in animo est, explicatum habemus. Nam malum, haud

apte emphysema pulmonum dictum, morbosam vesicularum sive cellularum pulmonum dilatationem et majorem aeris copiam in vesiculis exhibet ac plerumque chronicum habet decursum et cum imminuta telae pulmonum elasticitate junctum est. In quo morbo disserendo utar nominibus, quibus Laennec ipse. Itaque telam cellulosam aere infiltratam appellabo emphysema interlobulare, vesicularum autem dilatationem emphysema vesiculare. Qua de re postea nonnulla.

Hic commemorare tantum licet, nos, quamvis emphysema vesiculare describendum nobis proposuerimus, non tamen praetermissuros esse hic et illic emphysema interlobulare respicere, ut utrumque illius morbi genus inter se admodum differens, propter nominis similitudinem facile commixtu, melius possit distingui.

Anatomia pathologica.

In observandis signis emphysematis vesicularis anatomicis mirari debemus, quod sectiones copiosissime factae maximam differentiam obtulerunt idque adeo in singulis hominibus ipso eodem morbo affectis. Ita in aliis hujusmodi aegrotis post mortem pulmonum parietes crassiores inveniuntur, in aliis teuniores.

Crassescunt enim parietes pulmonum et saepissime quidem in hoc morbi genere, quod effici videtur, quum parietibus crassioribus simul substantia pulmonum morbo affecta est, qui sensim exoriri sensimque in magnam pulmonis partem procedere solet. Louis tradit, nullum emphysema vesiculare in sectionibus factis sese reperisse, in quo et parietes vesicularum non crassificati fuerint. Rokitansky crassitiem parietum eo adduci docet, quod tela cellulosa vesiculas ambiens dilatatione

earum et sic effecta pressione quasi obsolecsat et cum pariete cellulae vicinae gradatim coalescat.

Sectione eo tempore facta, quo morbus non ita longe processit, omnes vesiculas aequali fere modo extentas videmus. Longius autem morbo progresso in singulis pulmonum partibus varium dilatationis modum cernimus. Congruunt hae dilatationes magnitudini seminis cannabi vel pisi vel cujuslibet rei majoris. Vesiculae ita amplificatae interdum oculo inermi, praecipue prope marginem acutam pulmonum, conspici possunt. In hoc ipso loco magnitudini fabae fere conveniunt. Si quis talem vesiculam inflbtam exsiccat cultroque acuto persecat, formam illarum vesicularum rotundularum sinuosarumque irregularem praeclare cognoscit.

Ab uno pariete cellularum fila videmus porrecta ad alterum, interdum uno fine parieti adhaerentia, altero libere summisso. Quaeritur, quo fiant haec filamenta; tum qua de causa hic adsint. Sunt auctores, qui in dilatatione vesicularum parietes magis magisque tenues fieri, denique plures vesiculas parietibus ruptis inter se jungi contendant, unde speciem sinuosae formae atque filamenta illa sive eminentias fieri, quae nihil aliud sint

nisi residua parietum vesicularum. Quae tamen sententia nullo modo constare potest, namque Adrian ostendit, quum integrae vesiculae nihil aliud sint quam sacci alveolares, planum esse, vesiculis earumque sinubus amplificatis margines utique singulorum sinuum magis magisque in conspectum emergere.

Quid multa? Omnis fere sectio hominum, qui huic ipsi morbo vel potius aliis inde ortis succubuerunt, densationem parietum cellularum pulmonalium et insuper rigiditatem quandam ostendit, ob quam persectae pulmonum vesiculae gradatim tantum collabuntur.

Repente Rokitansky auctore emphysema vesiculare nasci potest, si major pars pulmonum amiserit aeris excipiendi facultatem. Non multo ante mortem, quum respiratio vehementiore fit opera, emphysema illud longe progredi solet. Iisdem ex causis in hominibus tuberculosis telam interstitialem et in hepatisatione longe provecta margines loborum morbose affectorum emphysemate tactas invenimus. Tradunt etiam, repentina oppressione exspirationis, sic ut exempli gratia bronchia haemorrhagia quadam obstruantur, emphysema vesiculare ortum esse. — In casibus autem supra allatis

pulmones morbose affecti haec signa pathologica exhibent: pars pulmonis emphysemate nostro correpta pallide rubella, anaemica, sicca, simulque tumida atque incisione facta cito collabitur. Crassities parietum e lentulo aut rapidiore morbi decursu pendet. Quo enim citius morbus progressus est, eo magis tenues solent esse vesicularum parietes. Singulis vero in casibus dilatatio tantos progressus facere potest, ut vesiculae hic et illic ruptae reperiantur.

Rokitansky pulmonis hypertrophiae cujusdam mentionem facit, emphysema vesiculare producentis. Quantum enim pulmo aut pulmonis lobus fungi ob illam causam desinit, integrae partes tanto magis fungi coguntur. Quo facto major illius agentis pulmonis partis amplificatio saepe adducitur, quum cellulae sive vesiculae dilatentur. Qui status nihil haberet commune cum hypertrophia, nisi eodem tempore vesicularum parietes crassiores evaderent eorumque vasa capillaria majorem ambitum acciperent. Interdum etiam aliquot vasa nova existunt.

Postremo jam memorare mihi licet emphysematis genus quoddam, quod cum atrophia parenchymatis jun-

etum est. Qui morbus potissimum offenditur in atrophia senili, ubi vesiculae dilatatae formam sinuosam in dies cum ovata commutant. Tela interlobularis obsolescit, vasa capillaria oblitterantur, vesiculae pulmonales adec confluunt, ut spatia aere expleta pulmonum parenchyma praeponderent. Cavendum est, ne id emphysematis genus cum supra allato confundatur. Quum enim hic parenchyma veram atrophiam prae se ferat, quae vesicularum profert dilatationem, in illo emphysemate substantia cellularum minime est minuta tenuesque parietes isti, quos conspicimus, per vesicularum dilatationem fiunt. Offert etiam hoc emphysema vasa capillaria atrophia itidem comminuta.

Emphysema utrumque pulmonem invadens raro tantum et praecipue in hominibus aetate provectioribus invenitur. Partiale autem emphysema, quod vel alterum pulmonem vel pulmonis lobum vel lobulum comprehendit, saepisime deprehendimus. Nonnunquam singulas solum vesiculas dilatatas videmus. Omnis prope sectio vel majorem vel minorem emphysematis modum ostendit, quod, ut Fuchs refert, paene nunquam pulmonibus morbo quovis modo affectis deest. Maximum

hujus morbi progressum in acuta pulmonum margine conspicimus.

Saepe morbo jam in altiorem gradum evecto in pleura pulmonali rotundulas eminentias videmus, amplificatis singulis cellulis aere repletis sub membrana serosa factas. Quae eminentiae sub pleura non possunt loco moveri, ex quo apparet, aerem esse interclusum in vesiculis. In vero autem emphyseamte, quod interlobulare nominamus, dislocatio illa fieri potest.

Omnino pulmo emphysematosus haec in sectionibus offert signa. Tela admodum anaemica, ideo pallida, pellucida. Pulmo hoc morbo affectus haud tam facile quam integer aqua submergitur. Parenchyma pulmonis plerumque densius est, praesertim aere expulso, atque magis resistit digiti pressioni. Cujus signi Williams se contrarium animadvertisse affert, quippe quum tela pulmonum, quasi oedematosa, digiti pressioni cesserit. De dislocatione mediastini, diaphragmatis, cordis in symptomatibus, quae postea explicaturus sum, plura disseram.

Sufficiant hoc loco nonnulla de pulmone in sectione emphysema interlobulare nobis praebente. Aerem in

telam interstitialem infusum reperimus, vesiculas inde factas magnopere irregulares et forma magnitudineque inter se discrepantes, facile loco mobiles, inter se communicantes. Cunei referunt speciem, cujus basis ad peripheriam, apex ad centrum pulmonis spectat.

Causae.

Etsi neque aetas nec sexus emphysema vesiculare excludit, tamen singulos homines praedispositione quadam ad hunc morbum praeditos existimare debemus, quum alios homines iisdem morbi illius causis exposios, plane intactos reperiamus. Nonnulli auctores etiam hereditariam diathesin demonstrare conati sunt. Futuris observationibus restat explicandum, quid hac de re dijudicandum sit. Nobis tantummodo placet, causas emphysematis vesicularis a quibusdam auctoribus propositas allegare.

Saepissime observata hujus morbi causa est catarrhus bronchialis, quo emphysema vesiculare, ut auctores docent, in hunc modum excitatur. Laennec censet, in sicco, ut dicimus, catarrho membranam bronchiorum mucosam tenacem mucum secernere, quo parietes in-

teriores tecti sint. Intumescit praeterea illo catarrho membrana mucosa, quo bronchia obstruuntur. Itaque opus est maximis contentionibus, quibus aer in vesiculas pulmonales per bronchia inferatur. Inspiratoriis musculis autem multo debilioribus quam exspiratoriis non omnis aer ex vesiculis expelli potest. Remanet igitur in vesiculis aliquid aeris, unaquaque inspiratione sese augentis; idcirco vesiculae se expandant necesse est, quum aer residuus parietes premat. Alterum quiddam accedere videtur, quo dilatatio conficiatur. Aer enim, qui in cellulas pulmonis invadit et minus calidus est, mox calori pulmonum adaequatur, et quia mucus, qui est in bronchiis, impeditur, quominus exhaletur, calore altiore expansus facit, ut vesiculae pulmonales modo mechanico dilatentur. Aere ita expanso aliquid effici posse, Stokes minime negat; sed perpendenti, quam multas vias aer inhalatus circumscribat, priusquam in vesiculas perveniat, non satis liquet, expansionem illam ad dilatandas cellulas sufficere. Putat ille contra, dilatationem vesicularum irregulari fibrarum circularium bronchiorum agitatione produci, qua re respirandi facultas prohibeatur et thoracis amplificatio augeatur.

Et Rokitansky emphysematis vesicularis causam catarrho bronchiali vindicat, tametsi existimat, inspirationes e profundo factas plus dilatationis illius causam esse quam aerem in vesiculis retentum.

In hisce insuper causis emphysema vesiculare situm esse potest. Inflammatis scilicet bronchiis membranae mucosae structura mutatur ejusque facultas contrahendi minuitur. Fieri ergo potest, ut secreta, quae sunt in interioribus bronchiorum parietibus, etiam in vesiculas invadant. Ubi comprimunt parietes et eo quidem magis, quando tussis adest, sic ut causam exhibeant vesicularum sensim dilatandarum. Secretis solutis atque expulsis vesiculae pulmonales, quoniam facultatem contrahendi plus minusve amiserunt, priorem formam naturalem non recuperant.

Aliam praeterea causam profert Rokitansky, qua gigni possit emphysema vesiculare, atrophiam dico et paralysin diaphragmatis. Homines tali morbo correpti raro quidem inspirant, sed magis e profundo, actionem diaphragmatis desiderantes. Aegroti inclinati magis corporis speciem prae se ferunt, qua abdomen onustatur. Quapropter quum respiratio abdominalis impedita sit,

alii musculi respiratorii ad majores contentiones coguntur, quae ad thoracem in partibus superioribus amplificandum et ad vesiculas in superioribus pulmonum locis dilatandas multum conferunt.

Sunt et infantes, qui angina membranacea vel tussi convulsiva incidant in emphysema, quia nisi vehement contentione inspirare non possunt. Haud raro invenitur quoque emphysema in hominibus aetate jam provectioribus, praesertim in tibicinibus vel hominibus onera gravia ferentibus, vel in mulieribus, quae saepe ac difficile pepererunt. Hic emphysematis causa excitatur, quod aer magna corporis contentione retinetur.

Contractilitas telae pulmonalis quum in omnibus hisce casibus allatis dilatatione vesicularum minuatur, auctores nonnulli experimenta fecerunt, ut cognoscerent, utrum imminutio contractilitatis primaria atque dilatatio vesicularum secundaria esset, necne. Observationibus edocti sumus, emphysemata revera per dynamin provocari posse. Tali modo Schwan in animalibus, quorum nervum vagum persecuerat, dilatationem vesicularum cernebat. Laennec in hominibus, qui gasis cloacinis et ita commota asphyxia mortem repentinam obierant, plerumque

pulmones emphysemate vesiculari contactos invenit. Idem Magendie saepe observavit in hominibus cholera morbo exstinctis.

Romberg noster inter alios auctores interdum in hominibus cholera morbo affectis paralysin sensibilitatis in organo respiratorio videbat, quae imminutione vel negatione contractilitatis in pulmonum tela justam emphysematis illius causam afferre potest, quoniam eadem paralysi telam pulmonalem posse occupari verisimile est.

Hae ipsae causae, quae emphysema vesiculare proferunt, interlobulare quoque gignere possunt, quod nunquam fit, nisi ruptura cellularum pulmonis vel minorum bronchiorum exstitit. Saepissime autem vulnera thoracem perforantia et pulmones ipsos laedentia emphysema interlobulare procreant.

Symptomata.

Sunt multi ex emphysemate laborantes, quos nihil pati judices et qui caventes ab omnibus rebus perniciosis nihil habeant, quod conquerantur. Quod in morbo non longe provecto videmus. In altiore ejus gradu multa symptomata perspicua sunt, quibus malum facile dignosci potest.

Quorum symptomatum saepissime obvium est dyspnoea, quae in aestate specie quadam mitiore, in hieme acutiore est; praecipue cum maximis molestiis difficultas respirandi frequenter juncta est, quum aegroti insultibus, ut dicimus, congestivae bronchitidis facile obnoxii sint. Dyspnoea autem, si modo aegroti quietem servent, saepe satis exigua est. Ubi vero catarrhus, quo, ut supra dixi, aegri facile afficiuntur, adest; ubi porro bronchia inhalato pulvere irritantur, tum acribus corporis motionibus et contentionibus, tum visceribus impletis, denique

animi affectibus, ibi dyspnoea tantopere idque in aetate potissimum provectiore progreditur, ut asthmate quodam nervoso octa esse videatur. In explicandis quidem illis respirandi difficultatibus auctores inter se multum dissident.

Ac primus Rokitansky: „Nimia, inquit, aeris in vesiculis pulmonalibus accumulatio pressione, quam in vasa capillaria per cellularum parietes decurrentia exercet, debitam eorum impletionem prohibet, quae res eo majoris est momenti, quod in altiore emphysematis gradu permulta vasa capillaria et in vesicularum dilatatarum et in tela cellulosa eas ambiente oblitterantur. Porro quoque deminuta pulmonum parenchymatis contractilitas et inspirationes magis magisque laboriosae, processu illo chemico plane procumbente provocatae, vesicularum aeriferarum vacuefactionem admodum reddunt imperfectam et ea ratione stagnationem producunt medii oxygenio carentis, itaque irrespirabilis perpetuam. Quibus de causis sufficientis sanguinis quantitatis emendatio ac restitutio in integrum praestari non potest.“

Dyspnoea, ut Laennec ait, obstructione bronchiorum oritur, quam mucus tenax efficit, quando aer im-

peditus est, quominus in vesiculas inferatur. Ex quo apparet, catarrhum bronchialem semper adesse debere; sed catarrhus, etsi exstat, non semper necesse est, dyspnoeam efficiat. — Louis causam dyspnoeae in crassitie parietum hypertrophica quaerit, quod contactus aeris cum sanguine difficile tantum fiat.

Aliud symptoma et saepe in emphysemate accidens tussis est. Ejus autem causa in catarrho verti potest, ita ut, quo plus minusve catarrhus progressus, eo tussis vel vehementior vel mitior sit. Hinc dependet etiam species sputorum, quae secundum diversos catarrhi gradus modo cinerea, modo tenacia, modo liquida, modo viridicantia sunt.

Palpitatio cordis plerosque emphysemate vesiculari affectos homines premere solet, quae, quo latius morbus provectus est, tanto fit molestior. Sed quomodo hoc symptoma explicandum sit, deinceps ostendere conabimur.

Physiognomia et habitus hominum sic aegrotantium maxime singularis iisque proprius est, praesertim ubi morbus majores fecit progressus. Color eorum lividus; facies, quae anxietatem quandam prae se fert, plenitatem manifestat, quae reliquo corpori nequaquam

respondet. Quae plenitas ex hypertrophia telae cellulosae faciei ejusque musculorum respiratoriorum oriunda videtur. Illam obstructione venosa saepe redeunte, hanc vehementibus musculorum inspiratoriorum actionibus nasci opinamur. Nares extenduntur; labium inferius intumescit, exterius reflexum et membrana ejus mucosa colore livido est. Haec omnia faciei anxietatis cujusdam tristitiaeque speciem induunt. Humeri sursum elevati. Aegrotus habitum declinatum continuo habet, quia sic majoris levamenti particeps fit. In lecto ipso homines hoc morbo afflicti saepe erecti sedentes conspiciuntur, brachia fulcientes in genubus, caput praeceps inclinatum Ille habitus inclinatus thoracis formam mutat adeo, ut scapulae interdum horizontales sint erectae. Quae quum ita sint, apices ossium earum nimis eminent. Claviculae prorsus eversae inveniuntur et spatium triangulare, quod insertionibus musculorum et sternocleidomastoidei et scalenorum circumscriptum est, valde concavatum. Louis autem regionem illam supraclavicularem fere semper convexatam, quasi inflatam reperiebat. Tela subcutanea et adeps colli absorpta esse videtur, musculi vero inspirationis inprimis sternocleidomastoi-

deus et scaleni, hypertrophici. Glandula thyreoidea tam eminens et dura est, ut, si manu illam tangas, quasi os, sentire tibi videaris. Sternum et longitudine et latitudine formam convexam habet. Antrorsum et sursum thorax forma est convexa, cujus causa in hypertrophia musculorum pectoralium sita est. Spatia intercostalia in latere, cui inest pulmo aegrotans, nimis concavata, quantumvis thorax pulmone dilatato auctus sit. Qua re differt hoc emphysema ab empyemate, in quo morbo spatia intercostalia in dies explanari solent.

Motus thoracis non fiunt normales. In exspiratione thorax non satis deflectitur; inspiratio, ut supra memini, difficilis et parum sufficiens est, adeo ut in altiore jam morbi gradu thorax moveri desinat.

Dislocatio mediastini in emphysemate unum tantum pulmonem infestante saepissime invenitur, quae percussione facile potest declarari. Sed mihi memorandum est, dislocationem illam in empyemate crebrius accidere, quod hic morbus, ut fieri solet, unius tantum pulmonis pleuram obsidet et praecipue, quod empyemati semper pleuritis antecedit, quae inflammatione membranam serosam mollem ac minus resistentem reddit. Qui uter-

que morbi status percussione dilucide dignoscitur, nempe sono in emphysemate vesiculari claro supra lineam usque medianam, in empyemate contra plane obtuso.

Et cor in emphysemate sicut in empyemate dislocatur, ita quidem, ut in empyemate magis ad latus removeatur, in emphysemate magis inferius, quare cor interdum prope decimam costam inter lineam medianam corporis et costarum cartilagines auscultatione et percussione reperiri potest.

Diaphragmatis vero dislocatione symptomata multo gravioris momenti nobis occurrunt. Thorax sursum evehitur, viscera deorsum premuntur, quo videlicet respiratio graviter laborat. Epigastrium et hypochondria extensa. Dextrum hypochondrium et epigastrium percussone facta sonum obtusum saepe profert, neque raro margo hepatis sub costis spuriis manu bene tangi potest. Quod et intumescentia hepatis ipsius et dislocatione, quae explanato diaphragmate adducitur, provocari potest

In morbo jam satis provecto percussio sonum singulariter clarum nobis praebet, ac multum conferre potest ad hunc morbum bene dignoscendum, si

unum solum pulmonem aut pulmonis partem tantum occupaverit. Tum enim sonus, qui ex partibus integris auditur, cum illo comparari potest. Neque clarior fit sonus inspiratione, ut in pulmonibus integris cernimus, ex profundo facta. Naturalis posteriorum inferiorumque partium obtusio soni desinit, morbo ad has quoque partes pulmonum aggresso, et nisi cor admodum amplificatum est, in regione cardiaca sonum clarum quoque percipimus, quod praesertim evenit, si pulmo pericardium longe supertexerit. In prioribus morbi stadiis plerunque deest sonus clarior.

Mirifice in hoc morbo murmur respirationis deminutum est, id quod nullo modo congruit inspirandi laboribus. Idem symptoma nobis occurrit in pulmonis hepatisatione, quorum morborum diagnosis percussione mox manifestatur. Causa in minore thoracis expansione in inspirando haud dubie vertitur, pulmonibus in dilatatione semper permanentibus.

Itaque comminutio murmuris respirationis simul cum clariore thoracis sono et cum crescente inspirandi labore gravissimum signum physicale est hujus morbi.

Sunt qui causam minuti murmuris respirationis po-

nant in intumescentia membranae mucosae ex bronchitide chronica nata, quae emphysema vesiculare comitari soleat. Quae quidem res, ut Stokes sensit, non ita multum ad deminuendum respirationis murmur confert.

Alii rhonchi crepitantes, quos hoc in morbo saepe audimus et multi auctores inter symptomata pathognomonica habent, minime certi sunt, quippe quum complicatione pleuritidis vel bronchitidis existere possint. Omnes nominatim illi rhonchi, quos offendimus in bronchitide, audiuntur et si rem diligentius exploramus, eo semper pervenimus, ut bronchitidem rhonchi illius causam cognoscamus.

Complicationes.

Morbo jam magis profuso si manum inferiori thoracis parti adjicimus, cor vehementissime pulsans sentimus, qui pulsus minime respondet parvo tenuique pulsui radiali. Causa auctae pulsationis ferme semper in hypertrophia dextri ventriculi cordis sita est, qui morbus brevi tempore ad emphysema vesiculare accedere de-

bet, ut nobis persuademus hujus morbi decursum considerantibus.

Respiratio, ut recentiores physiologi experiebantur, magnam vim in circulationem venosam habet. Thorax quum in hoc emphysemate perseveret in dilatatione, quae inspiratione parum tantum augeri potest, necesse est, sanguis in dextro corde accumuletur et causa amplificationis ventriculi fiat. Vena cava, venae hepaticae, hepar ipsum intumescunt; parietes cordis musculosi existunt hypertrophici, quo aneurysma dextri cordis excitatur. Ea tamen ipsa pressio, quae thoracem amplificat et diaphragma dislocat, circulationi in arteria pulmonali ejusque ramis impedimento esse debet, quod ad hypertrophiam dextri ventriculi conferre certum est. Cor ipsum denique pressionem abnormem pati respiciendum est, quum e naturali suo situ expulsum quasi tutela, ossibus ambientibus et parietibus thoracis elasticis tributa, orbetur. Nunc quidem situm est inter pulmonem dilatatum et abdomen extensum, quo fieri non potest, quin ejus motus graventur.

Semel tantum hypertrophia et cordis dilatatio in omnibus emphysematis generibus longius jam provectis ab Hesse observatis, non affuit.

Bronchitis, ut supra monui, a principio emphysema solet comitari. Certum tamen signum, quod complicationem bronchitidis cum dilatatione cellularum aeriferarum ostendat, habemus nullum, nam cuncta haec signa cognosci licet, etsi dilatatio vesicularum non exstat. Omnes praeterea varietates rhonchi percipi possunt.

Complicationem emphysematis vesicularis cum bronchiectasia breviter commemorare mihi liceat. Louis eam praeter exspectationem perraro observavit; Rokitansky bronchiorum dilatationem multo saepius in pulmonibus emphysemate affectis invenisse se tradit. Cui eo magis assentimur, quum causae, quibus cellulae pulmonales dilatentur, in bronchiectasiam influere possint.

Quod postremo attinet ad combinationem emphysematis vesicularis cum emphysemate interlobulari, Rokitansky eam praecise negat; Williams raro eam fieri censet. Laennec contra et Andral in emphysemate jamjam provecto aeris effusionem in telam interstitialem frequentius vidisse se ferunt. Quod, quia excitari potest emphysema interlobulare iisdem causis, quae emphysema vesiculare statim producunt, non est cur dubitemus.

Fere nunquam accedit ad emphysema tuberculosis, quae contra saepius cum emphysemate jungitur. Et tuberculosin priorem affuisse constat, ubi in sectione utrumque morbi genus complicatum invenimus. Rokitansky docet, cyanosin vitio illo cordis natam tuberculosin excludere.

Decursus.

Decursus emphysematis vesicularis saepissime est chronicus; morbus ipse sensim tantum nascitur, lentissime progreditur diuque in statu eodem persistit. Idem, ubi est exortus neque multum progressus, aegrotis nonnisi raro molestiam parat, et exacerbationes ejus, quae causis admodum variis proferri possunt, tam exiguae et tantis spatiis interclusae redeunt, ut aegroti magnum aetatis spatium percurrere possint. Morbus autem longius evectus aegros natu majores multo gravius premit. Anxietate ferme continua agitantur, quoniam dyspnoeam et quidem maximam saepe patiuntur.

Sunt auctores, qui se morbum emphysema vesiculare radicitus sanasse contendant; sed aut veram morbi diagnosin non perspexisse aut complicationibus sublatis morbum nonnisi minutiorem reddidisse videntur. Nos quidem facere non possumus, quin morbum illum raro dumtaxat radicitus evelli statuamus, quum vesiculae dilatatae in pristinam formam normalem redigi non posse videantur.

In exitum lethalem solum emphysema non solet abire, ne nisi morbis secundariis vita finitur.

Cura.

Stokes emphysematis radicitus curandi, si causae justo tempore repellantur, potestatem minime negat; dubium tamen vel maxime incertum esse, si dilatatio vesicularum cum organica quadam parietum mutatione diutius manentibus causis commota conjuncta sit. Plurimi scriptores de emphysematis vesicularis sanandi potestate tacent; unus fere inter multos vir doctus Os-

borne ait, sublata et bronchiorum obstructione et tussi exiguitatem murmuris respirationis aut totaliter desiisse, aut si non desierit, comminutam esse, ideoque omnem in partem se observasse statum aegroum meliorem.

Itaque cura hunc in modum moderanda videtur: in sicco catarrho remediis a Laennec comprobatis, in inflammatione et obstructione bronchiorum minorum medicamentis antiphloqisticis et expectorantibus utamur. Conqueri vero debemus, quod remedia, quibus facultas, quam, appellamus elasticitatem, telae pulmonalis refici queat ignoramus. Substantias tamen cognitas habemus, quae efficiunt, ut fibrae musculorum, in quas nervi cerebro-spinales vim exhibent, excitentur et priorem contractilitatem vitalem recuperent, uti strychninum, quod afferri liceat. Quum autem nervus vagus videatur esse motorius pulmonum, nos non dubitamus, quin fibrae bronchiorum musculares sanabili modo quodam per strychninum curentur.

VITA.

Ego', ***Jacobus Ohm***, confessioni addictus reformatae, die XXVI. mensis Octobris anni h. s. XXIX. Neuenburgi, Borussiae urbe, patre optimo ***Elia***, matre dilectissima ***Henrica*** e gente ***Tiezer*** natus sum. Elementis litterarum imbutus gymnasium Regiomontanum adii. Inde cum testimonio maturitatis dimissus auctumno anni h. s. XLIX. in academiam Regiomontanam me contuli, ubi ab Ill. ***Meyer***, prorectore magnifico, receptus sum. Tria per semestria plerumque praelectionibus philosophicis interfui.

Academia Albertina relicta almam litterarum universitatem Berolinensem petii, cujus civis ab Ill. ***Twesten***, rectore magnifico factus ab Ill. ***Juengken***, decano facultatis medicae spectatissimo, die XI. mensis Martii anni h. s. LII. in album medicum transscriptus sum.

Per septem semestria audivi in litteras medicas incumbens disserentes Ill. ***Mueller*** de anatomia speciali et pathologica; Ill. ***Schlemm*** de osteologia. Praeterea me docuerunt artem cadavera rite secandi Ill. ***Mueller*** et Ill. ***Schlemm***; physiologiam et botanicen Ill. ***Schultz-Schultzenstein***; physicen experimentalem Ill. ***Dove;*** zoologiam Ill. ***Lichtenstein;*** chemiam experimentalem Ill. ***Mitscherlich;*** pathologiam et therapiam Ill. ***Schoenlein;*** chirurgiam Ill. ***Juengken;*** artem obstetriciam atque instrumenta obstetricia Exp. ***Credé;*** medicinam forensem et artem formulas medicas rite concinnandi Ill. ***Casper;*** encyclopaediam et methodologiam et historiam

medicinae Ill. ***Schultz-Schultzenstein;*** morbos animi Cel. ***Jdeler***; pathologiam et therapiam morborum syphiliticorum Exp. a ***Baerensprung;*** mineralogiam Ill. ***Rose.*** Insuper psychologiam Exp. ***Georges*** mihi tradidit.

Scholis clinicis interfui obstetriciis Ill. ***Busch,*** chirurgicis Ill. ***Juengken,*** medicis Ill. ***Schoenlein***, Exp. ***Ebert*** et Exp. a ***Baerensprung,*** practico de auscultatione et percussione Exp. ***Tranbe.***

Quibus viris omnibus, optime de me meritis, summas ago semperque habebo gratias.

Jam vero tentaminibus tam philosophico quam medico, nec minus examine rigoroso rite superatis spero fore, ut dissertatione thesibusque publice defensis summi in medicina et chirurgia honores in me conferantur.

THESES.

1. Strepitus monialis non in carotide oritur, sed in vena jugulari.
2. Falsa est opinio medicorum superiorum, in dysenteria bilem nullam secerni.
3. Ulcera ex syphilide secundaria non contagiosa.
4. Nulla carcinomatis curatio radicalis.
5. Graviditas, maxime alterum ejus dimidium, quamque vetat operationem majorem.
6. Conii maculati herba siccata non efficax.
7. Coelibatus crebra epilepsiae causa.
8. Ubi brevissima pelvis diametros 2½“ exsuperat, ibi abortus artificialis improbus, aliis indicationibus non praesentibus.